SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

www.stat.gouv.qc.ca

Zoom santé

Avril 2012 | Numéro 37

Quelques indicateurs de santé chez les aînés

Que révèle l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*?

Linda Cazale, en collaboration avec Francine Bernèche[1]
Institut de la statistique du Québec

La société québécoise vieillit. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population est en effet passée de 13 % en 2000 à 15 % en 2009[2]. Le vieillissement de la population découle de deux phénomènes : la baisse de la fécondité[3], qui fait augmenter la part relative des aînés dans la population en renouvelant moins vite l'effectif des jeunes, et la hausse de l'espérance de vie, qui accroît le nombre de personnes âgées.

Bien qu'ils soient souvent réunis dans un seul groupe, les aînés ne constituent pas un bloc homogène. Par exemple, si la majorité (63 %) des aînés vivant à domicile se disent globalement en santé[4], c'est le cas pour 70 % des 65 à 74 ans, pour 56 % des 75 à 84 ans et pour 39 % seulement des 85 ans et plus. Le cumul de maladies chroniques est aussi une situation davantage répandue chez les personnes de 80 ans et plus[5]. On peut donc penser que les besoins en santé et l'utilisation de services qui y est associée sont plus grands chez les aînés les plus âgés.

Lors de l'analyse des données et lorsque les effectifs le permettent, il apparaît pertinent d'étudier les aînés en les divisant en sous-groupes. Dans l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP), il est possible de procéder ainsi pour un certain nombre d'indicateurs de santé et de bien-être (voir l'encadré *À propos de l'enquête* à la page 8). Dans cette publication, les analyses descriptives portent sur les personnes de 65 ans et plus vivant en ménage privé[6]. Sont d'abord présentées quelques caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques selon deux groupes d'âge (65 à 74 ans, 75 ans et plus)[7].

Puis, les indicateurs de santé et de bien-être retenus, soit la perception de l'état de santé, la satisfaction à l'égard de sa vie sociale et la détresse psychologique (voir l'encadré *Définitions* à la page 7) sont analysés afin de vérifier la présence de différences entre les

---

1. Les auteurs tiennent à remercier Ghyslaine Neill pour ses commentaires sur la version préliminaire du texte.

2. C. GIRARD, et M. ST-AMOUR (2010), « La situation démographique, tendances récentes et projetées », dans *Portrait social du Québec. Données et analyses. Édition 2010*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 1, p. 29-50.

3. Notons que bien que la fécondité connaisse une période de croissance depuis une dizaine d'années au Québec, l'indice synthétique de fécondité étant passé de 1,45 enfant par femme en 2000 à 1,73 en 2009, il n'en demeure pas moins que cet indice est sous le seuil de remplacement des générations établi à 2,1 enfants par femme. Pour plus de détails, consulter : *Ibid.*

4. Par santé globale on entend la santé en général (perçue), la santé mentale (perçue) et la santé fonctionnelle (en fonction de huit attributs dont la vision, la marche et la dextérité). Pour plus de détails, consulter : J. CAMIRAND (2012), « Vieillir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010 », *Zoom santé, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Institut de la statistique du Québec, n° 34, février, p. 1-8.

5. Une étude réalisée sur un nombre restreint (huit) de maladies chroniques à partir des données de l'ESCC 2007-2008 montre que le cumul de deux maladies et plus est davantage répandu chez les aînés et en particulier chez ceux de 80 ans et plus. Pour plus de détails, consulter : F. BERNÈCHE, L. CAZALE et V. DUMITRU (2010), « Les maladies chroniques : des facteurs multiples, des liens complexes », dans *Portrait social du Québec. Données et analyses. Édition 2010*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 3, p. 65-88.

6. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 16 % de la population de l'EQSP. Pour plus de détails, consulter : F. BERNÈCHE, R. DUFOUR et R. COUTURE (2010), « Caractéristiques de la population », dans *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 2, p. 41-54.

7. Les effectifs de l'EQSP ne permettent pas de créer un groupe pour les personnes de 85 ans et plus (les « grands aînés » selon C. GIRARD, et M. ST-AMOUR, *op. cit.*).

aînés plus jeunes (65 à 74 ans) et les plus âgés (75 ans et plus)[8]. Des analyses bivariées sont également effectuées afin d'observer les caractéristiques associées aux indicateurs retenus; ainsi, on examine les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques (niveau de scolarité, perception de sa situation financière, etc.) de même que des variables telles que le statut de fumeur et le statut pondéral. Chaque indicateur est aussi analysé selon les autres indicateurs de santé et de bien-être. À moins d'avis contraire, toutes les différences signalées dans le texte sont significatives sur le plan statistique.

Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques

La population âgée de 65 ans et plus est composée majoritairement de femmes (55 %) (tableau 1). Un peu plus de la moitié (52 %) des aînés de 65 à 74 ans sont des femmes et cette proportion augmente à 59 % chez les 75 ans et plus. Par ailleurs, environ le tiers (32 %) des personnes de 65 ans et plus vivent seules. Cette situation touche davantage les aînés de 75 ans et plus que les plus jeunes (41 % c. 25 %), et les femmes que les hommes[9].

Les personnes de 65 ans et plus se répartissent inégalement sur le plan de la scolarité. Un peu plus d'une personne sur deux (53 %) se classe dans le niveau le plus faible, soit le niveau inférieur au diplôme d'études secondaires (DES), une sur cinq (20 %) détient un DES et un peu plus du quart des personnes (27 %) a terminé des études collégiales ou universitaires[10,11]. Les personnes de 75 ans et plus sont plus nombreuses, en proportion, à appartenir au niveau inférieur que celles âgées de 65 à 74 ans (59 % c. 49 %).

Tableau 1

Répartition des personnes âgées de 65 ans et plus selon quelques caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, Québec, 2008

	Âges réunis	65 à 74 ans	75 ans et plus
		%	
Sexe			
Hommes	**44,7**	47,5	40,8
Femmes	**55,3**	52,5	59,2
Vit seul dans le foyer			
Oui	**31,7**	25,2	40,6
Non	**68,3**	74,8	59,4
Niveau de scolarité[1]			
Niveau inférieur au DES	**52,9**	48,7	59,0
Diplôme d'études secondaires (DES)	**20,4**	22,0	18,1
Niveau supérieur au DES[2]	**26,7**	29,4	22,9
Occupation principale			
Travailleurs	**7,6**	12,0	1,6**
Retraités	**86,8**	82,7	92,5
Autres[3]	**5,5**	5,3	5,8
Indice du niveau de revenu du ménage			
Quintile 1 (faible)	**34,3**	31,3	38,7
Quintile 2 et suivants	**65,7**	68,7	61,3
Se perçoit pauvre ou très pauvre			
Oui	**12,0**	13,2	10,3
Non	**88,0**	86,8	89,7

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Plus haut niveau de scolarité complété.
2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'une école de métiers ou d'une formation professionnelle, le diplôme d'études collégiales et le diplôme d'études universitaires.
3. Cette catégorie inclut les étudiants et les personnes sans emploi (prestataires de l'assurance-emploi, personnes qui tiennent maison, etc.).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Quant à l'occupation principale, les données indiquent sans surprise que la plupart (87 %) des aînés sont à la retraite. Notons qu'environ 12 % des personnes de 65 à 74 ans occupent un emploi[12]. Selon l'indice du niveau de revenu du ménage[13], près du tiers (34 %) des aînés disposent des revenus les plus faibles (quintile 1). Les aînés de 75 ans et plus sont plus nombreux que ceux de 65 à 74 ans à vivre une telle situation (39 % c. 31 %). Environ 12 % de l'ensemble des aînés se considèrent comme pauvres ou très pauvres[14]. Ainsi, le fait de considérer ses revenus comme suffisants pour répondre à ses besoins fondamentaux ou à ceux de sa famille est largement répandu dans ce groupe de population (88 %).

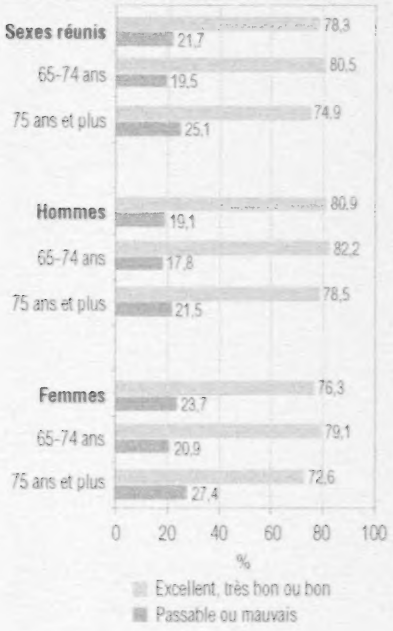
8. Le rapport de l'EQSP comprend pour certaines thématiques, dont les chutes et la santé buccodentaire, des analyses distinguant des sous-groupes de personnes âgées; ces analyses sont exclues de la présente publication. Pour plus de détails, consulter : H. CAMIRAND, F. BERNÊCHE, L. CAZALE, R. DUFOUR, J. BAULNE et autres (2010), *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 205 p.
9. Si parmi les personnes de 65 à 74 ans, plus du tiers (35 %) des femmes vivent seules et 15 % des hommes sont dans cette situation, c'est le cas de plus d'une femme sur deux (52 %) de 75 ans et plus comparativement à 24 % des hommes du même âge (données non présentées).
10. Lorsqu'on les compare avec les personnes des autres groupes d'âge, les aînés sont surreprésentés dans la catégorie « niveau inférieur au DES ». Pour plus de détails, consulter : F. BERNÊCHE, R. DUFOUR et R. COUTURE, *op. cit.*, p. 48.
11. Environ 13 % des aînés détiennent un diplôme ou un certificat d'études collégiales et 14 %, un diplôme d'études universitaires (données non présentées).
12. Les travailleurs comprennent les personnes ayant travaillé, durant la période de référence de 12 mois, à temps plein ou à temps partiel ainsi que les travailleurs en congé (maladie, etc.). Pour plus de détails, consulter : F. BERNÊCHE, R. DUFOUR et R. COUTURE, *op. cit.*, p. 44.
13. Les aînés se distinguent des autres groupes d'âge par une proportion plus forte de ménages à faible revenu (34 %) et une proportion moins importante de ménages à revenu élevé (7 %). Pour plus de détails, consulter : F. BERNÊCHE, R. DUFOUR et R. COUTURE, *op. cit.*, p. 50.
14. À cet égard, les aînés se distinguent peu des personnes plus jeunes, en particulier les 25 à 64 ans. Pour plus de détails, consulter : F. BERNÊCHE, R. DUFOUR et R. COUTURE, *op. cit.*, p. 50.

Perception de l'état de santé

La santé perçue est reconnue comme un indicateur fiable et valide de l'état de santé de la population[15]. En 2008, près de quatre aînés sur cinq (78 %) estiment leur état de santé excellent, très bon ou bon et environ un sur cinq (22 %) le juge passable ou mauvais[16] (figure 1). Cette perception négative est plus répandue chez les aînés de 75 ans et plus que chez les plus jeunes (25 % c. 19 %). La différence selon l'âge est significative chez les femmes seulement : celles-ci sont d'ailleurs plus nombreuses en proportion que les hommes à percevoir négativement leur santé parmi l'ensemble des aînés (24 % c. 19 %).

Figure 1

Perception de son état de santé selon l'âge et le sexe, personnes de 65 ans et plus, Québec, 2008



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008.*

Outre l'âge et le sexe, la santé perçue varie selon d'autres caractéristiques[17]. Ainsi, la perception négative de l'état de santé est davantage répandue chez les aînés les plus faiblement scolarisés (28 %) que chez ceux détenant au moins un DES (tableau 2). Elle est également plus élevée chez les aînés issus de milieux défavorisés sur le plan économique (27 %) de même que chez ceux se considérant comme pauvres ou très pauvres (36 %).

Près de 3 fumeurs sur 10 (29 %) de 65 ans et plus sont d'avis que leur état de santé est passable ou mauvais[18]. La perception négative de sa santé est aussi plus souvent observée chez les personnes se retrouvant dans les catégories de statut pondéral « poids insuffisant » et « obésité » (38 % et 32 %) que chez celles appartenant aux catégories « poids normal » et « embonpoint » (18 % et 19 %)[19].

Tableau 2

Perception de son état de santé selon certaines caractéristiques individuelles, personnes de 65 ans et plus, Québec, 2008

	Excellent, très bon ou bon	Passable ou mauvais
	%	
Niveau de scolarité[1]		
Niveau inférieur au DES	71,7	28,3
Diplôme d'études secondaires (DES)	83,0	17,0
Niveau supérieur au DES[2]	86,9	13,1
Indice du niveau de revenu du ménage		
Quintile 1 (faible)	72,8	27,2
Quintile 2 et suivants	81,8	18,2
Se perçoit pauvre ou très pauvre		
Oui	63,9	36,1
Non	80,4	19,6
Statut de fumeur		
Fumeur actuel[3]	70,7	29,3
Non-fumeur	79,3	20,7
Statut pondéral		
Poids insuffisant	62,3	37,7 *
Poids normal	81,7	18,3
Embonpoint	80,8	19,2
Obésité	67,9	32,1
Satisfaction à l'égard de sa vie sociale		
Plutôt ou très satisfaisante	80,2	19,8
Plutôt ou très insatisfaisante	48,2	51,8
Niveau de détresse psychologique		
Faible à modéré	84,5	15,5
Élevé	55,1	44,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Plus haut niveau de scolarité complété.
2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'une école de métiers ou d'une formation professionnelle, le diplôme d'études collégiales et le diplôme d'études universitaires.
3. Fumeur régulier ou fumeur occasionnel au cours des 12 derniers mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008.*

15. M. SHIELDS, et S. SHOOSHTARI (2001), « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 1, Statistique Canada (82-003), décembre, p. 39-63.

16. À cet égard, notons que la perception négative de l'état de santé est plus répandue chez les aînés que chez les personnes plus jeunes. Pour plus de détails, consulter : F. BERNÈCHE, J. CAMIRAND et R. DUFOUR (2010), « Perception de l'état de santé », dans *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 3, p. 55-66.

17. Les données ne permettent pas de détecter d'association entre la perception de la santé et le fait de vivre seul.

18. Selon l'EQSP, environ 12 % des personnes de 65 ans et plus ont fumé la cigarette au cours de la période de 12 mois (donnée non présentée).

19. En 2008, 1,9 % des personnes de 65 ans et plus ont un poids insuffisant, 41 % ont un poids normal, 40 % font de l'embonpoint et 17 % sont obèses. Pour plus de détails, consulter : L. CAZALE, R. DUFOUR, L. MONGEAU et S. NADON (2010), « Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants », dans *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7, p. 131-157.

Notons qu'environ la moitié (52 %) des aînés insatisfaits de leur vie sociale évaluent leur santé de manière négative; les aînés se disant plutôt ou très satisfaits de leur vie sociale sont nettement moins nombreux à se percevoir ainsi (20 %) (tableau 2). Également, les aînés qui se situent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique sont plus nombreux, en proportion, que les autres à considérer leur état de santé comme passable ou mauvais (45 % c. 16 %).

Satisfaction à l'égard de sa vie sociale

En tant que dimension du soutien social, la satisfaction à l'égard de sa vie sociale est liée à la perception de sa santé mentale[20].

En 2008, plus de 9 aînés sur 10 (94 %) sont plutôt satisfaits ou même très satisfaits de leur vie sociale[21] (figure 2).

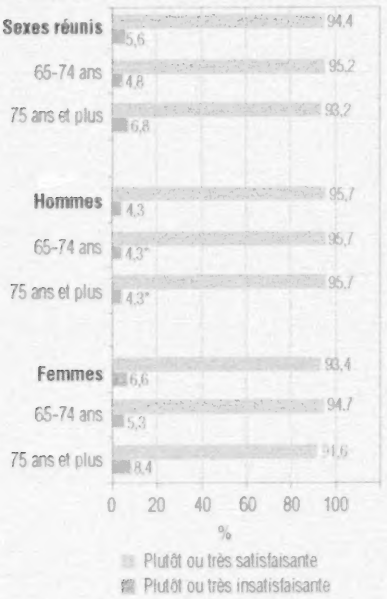
L'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale ne touche qu'environ 6 % des aînés. La proportion est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes âgés (7 % c. 4,3 %). En outre, l'insatisfaction est davantage observée parmi les femmes de 75 ans et plus (8 %) que parmi celles de 65 à 74 ans (5 %).

Les données de l'EQSP montrent également que l'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale est associée à d'autres caractéristiques individuelles chez les aînés[22]. Ainsi, les personnes âgées vivant seules sont plus nombreuses, en proportion, à être insatisfaites de leur vie sociale (10 %) que celles habitant avec d'autres (tableau 3). C'est aussi le cas des aînés dont l'indice du niveau de revenu est le plus faible (quintile 1) (8 %) par rapport à ceux qui sont plus favorisés sur le plan économique. De même, cette insatisfaction est plus répandue chez les aînés qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres (13 %) que chez les autres (4,6 %).

L'insatisfaction quant à sa vie sociale est associée aussi à certains indicateurs de santé et de bien-être (tableau 3). Alors que 13 % des aînés ne s'estimant pas en bonne santé considèrent leur vie sociale comme plutôt insatisfaisante ou même très insatisfaisante, seulement 3,4 % des aînés qui s'estiment en bonne santé partagent cette perception. De même, la proportion des personnes insatisfaites de leur vie sociale passe d'environ 17 % chez les personnes âgées se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique à 2,6 % chez celles se situant au niveau faible ou modéré.

Figure 2

Satisfaction à l'égard de sa vie sociale selon l'âge et le sexe, personnes de 65 ans et plus, Québec, 2008



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008.*

Tableau 3

Satisfaction à l'égard de sa vie sociale selon certaines caractéristiques individuelles, personnes de 65 ans et plus, Québec, 2008

	Plutôt ou très satisfaisante	Plutôt ou très insatisfaisante
	%	
Vit seul dans le foyer		
Oui	90,4	9,6
Non	96,3	3,7
Indice du niveau de revenu du ménage		
Quintile 1 (faible)	91,8	8,2
Quintile 2 et suivants	95,9	4,1
Se perçoit pauvre ou très pauvre		
Oui	87,1	12,9
Non	95,4	4,6
Perception de sa santé		
Excellente, très bonne ou bonne	96,6	3,4
Passable ou mauvaise	86,6	13,4
Niveau de détresse psychologique		
Faible à modéré	97,4	2,6
Élevé	83,0	17,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008.*

20. G. LÉGARÉ, M. PRÉVILLE, R. MASSÉ, C. POULIN, D. ST-LAURENT et R. BOYER (2000), « Santé mentale », dans *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 16, p. 333-353.

21. Les aînés se distinguent peu des personnes plus jeunes; en effet, seuls les 15 à 24 ans sont moins nombreux (3,7 %) à être insatisfaits de leur vie sociale. Pour plus de détails, consulter : H. CAMIRAND, et G. LÉGARÉ (2010), « Santé mentale », dans *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 4, p. 67-82.

22. Notons que les données de l'enquête ne permettent pas de détecter d'association entre la satisfaction à l'égard de sa vie sociale et le niveau de scolarité ou l'occupation principale.

Détresse psychologique

La détresse psychologique est une dimension importante de l'état de santé mentale. Elle résulte d'un ensemble d'émotions négatives qui, lorsqu'elles sont suffisamment sévères et présentes sur une longue période, peuvent être associées à des symptômes de troubles mentaux tels que la dépression et l'anxiété[23].

En 2008, environ 19 % des aînés se situent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique[24] (figure 3). Les aînés de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreux à se situer à ce niveau que les 65 à 74 ans (21 % c. 17 %). Soulignons aussi que, toute proportion gardée, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être dans cette situation (22 % c. 15 %).

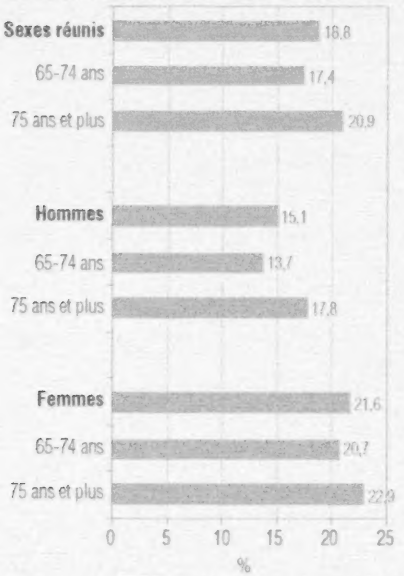
La détresse psychologique varie également selon d'autres caractéristiques des individus[25]. Près du quart des aînés les moins scolarisés (24 %) se situent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, tandis que les proportions sont moindres chez ceux détenant un diplôme (16 %, DES c. 12 %, niveau supérieur au DES) (tableau 4).

Les données montrent aussi que les aînés qui travaillent sont moins nombreux, en proportion (10 %), que les autres à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. Par contre, on retrouve à ce niveau près du quart des personnes âgées les plus démunies (24 %) et le tiers (33 %) de celles qui s'estiment pauvres ou très pauvres.

La perception de sa santé et l'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale sont aussi liées à la détresse psychologique. Si environ 4 aînés sur 10 (40 %) qui considèrent leur santé comme passable ou mauvaise se retrouvent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, c'est le cas de 13 % des aînés estimant leur santé excellente, très bonne ou bonne (tableau 4). Également, près de 60 % des aînés insatisfaits de leur vie sociale se situent à ce niveau comparativement à 17 % des aînés plutôt satisfaits ou très satisfaits de cet aspect de leur vie.

Figure 3

Niveau élevé de détresse psychologique selon l'âge et le sexe, personnes de 65 ans et plus, Québec, 2008



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Tableau 4

Niveau élevé de détresse psychologique selon certaines caractéristiques individuelles, personnes de 65 ans et plus, Québec, 2008

	%
Niveau de scolarité[1]	
Niveau inférieur au DES	23,8
Diplôme d'études secondaires (DES)	16,3
Niveau supérieur au DES[2]	11,8
Occupation principale	
Travailleurs	10,2*
Retraités	19,3
Autres[3]	24,2*
Indice du niveau de revenu du ménage	
Quintile 1 (faible)	23,7
Quintile 2 et suivants	16,3
Se perçoit pauvre ou très pauvre	
Oui	32,9
Non	16,8
Perception de sa santé	
Excellente, très bonne ou bonne	13,1
Passable ou mauvaise	40,1
Satisfaction à l'égard de sa vie sociale	
Plutôt ou très satisfaisante	16,5
Plutôt ou très insatisfaisante	59,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %, interpréter avec prudence.

1. Plus haut niveau de scolarité complété.
2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'une école de métiers ou d'une formation professionnelle, le diplôme d'études collégiales et le diplôme d'études universitaires.
3. Cette catégorie inclut les étudiants et les personnes sans emploi (prestataires de l'assurance-emploi, personnes qui tiennent maison, etc.).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

23. Pour plus de détails, consulter par exemple : H. CAMIRAND, et V. NANHOU (2008), « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, septembre, p. 1-4 et H. CAMIRAND, et G. LÉGARÉ, *op. cit.*

24. À cet égard, les aînés se distinguent favorablement des personnes de 15 à 44 ans qui, elles, sont plus susceptibles de se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (24 %). Pour plus de détails, consulter : H. CAMIRAND, et G. LÉGARÉ, *op. cit.*

25. Les données ne permettent pas de détecter d'association significative entre la détresse psychologique et le fait de vivre seul (21 %, personnes vivant seules et 18 %, personnes ne vivant pas seules (données non présentées)).

En guise de conclusion

À partir des données de l'EQSP 2008, la présente publication expose de façon succincte quelques caractéristiques et indicateurs de santé et de bien-être des aînés vivant en ménage privé. Ces résultats fournissent, entre autres, l'occasion de montrer que le groupe des aînés n'est pas homogène et qu'il importe le plus souvent de le diviser en groupes, à savoir les 65-74 ans et les 75 ans et plus dans le cas présent.

Être une personne âgée au Québec, c'est souvent être une femme et vivre seul, une situation davantage observée chez les femmes de 75 ans et plus[26]. Les personnes faiblement scolarisées sont aussi davantage représentées parmi les aînés que chez les plus jeunes. Soulignons également que la proportion des aînés s'estimant pauvres ou très pauvres (12 %) est inférieure à celle des aînés se retrouvant dans la catégorie des plus faibles revenus (34 %). Cet écart, de plus de 20 points de pourcentage, entre le revenu objectif des aînés et la perception de leur situation financière peut traduire diverses situations, depuis la présence de besoins financiers moindres jusqu'à l'expression d'un niveau de contentement plus facilement atteint que dans les groupes plus jeunes.

Quoique la vaste majorité des aînés ait une perception positive de leur santé, il reste que près de 20 % d'entre eux sont d'un autre avis, particulièrement ceux de 75 ans et plus. Également, il est réjouissant de constater que plus de 90 % des aînés sont satisfaits de leur vie sociale. Il faut aussi mentionner que près d'une personne âgée sur cinq se situe au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, la proportion étant plus élevée chez les aînés de 75 ans et plus.

Tous ces résultats révèlent que la situation vécue chez les aînés quant à ces indicateurs de santé et de bien-être est hétérogène, celle-ci étant moins favorable chez les aînés de 75 ans et plus. Les données de l'EQSP 2008 indiquent également sur ce plan une différence selon le sexe, au désavantage des femmes.

Le portrait présenté ici met aussi en évidence certaines caractéristiques chez les aînés ayant soit une perception négative de leur santé, une insatisfaction à l'égard de leur vie sociale ou une détresse psychologique de niveau élevé : être faiblement scolarisé, être défavorisé sur le plan économique ou se percevoir comme tel, vivre seul[27], avoir fumé[28] et être obèse ou avoir un poids insuffisant[29].

Également, les résultats soulèvent la présence d'interrelations entre les indicateurs de santé et de bien-être retenus; on observe notamment que la perception de la santé chez les aînés est liée à la satisfaction à l'égard de leur vie sociale et à la détresse psychologique.

Dans un contexte où les personnes âgées veulent demeurer dans leur milieu de vie naturel le plus longtemps possible[30], l'adaptation du système de soins aux besoins en santé et aux attentes des aînés est à poursuivre. À cet égard, le développement en matière de soins et de soutien à domicile est à poursuivre sans négliger pour autant les soins en institution. Dans un contexte également où la participation des personnes dans la gestion de leurs problèmes de santé est préconisée[31], certaines caractéristiques des aînés soulèvent présentement des défis quant à l'offre de soins qui leur est destinée; mentionnons, par exemple, leur plus faible niveau de scolarité, en particulier chez les aînés les plus âgés.

26. Cette situation pourrait toutefois changer dans le futur puisque l'écart de l'espérance de vie entre les femmes et les hommes tend à diminuer. Pour plus de détails, consulter : F. F. PAYEUR (2011), « La mortalité et l'espérance de vie au Québec, 2010 et tendance récente », *Coup d'œil sociodémographique*, Institut de la statistique du Québec, n° 11, mai, p. 1-3.

27. Seulement pour l'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale.

28. Seulement pour la perception de l'état de santé.

29. Seulement pour la perception de l'état de santé.

30. M. DES RIVIÈRES, A. MICHAUD, J. LACOURSIÈRE et N. ROBICHAUD (2005), *La pleine participation des aînés au développement du Québec. Afin de construire un Québec pour tous les âges*, Québec, Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 192 p.

31. CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (2010), *Aider les patients à gérer leur santé : Les Canadiens atteints de maladies chroniques obtiennent-ils le soutien nécessaire?*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 12 p.

Définitions des variables[32]

Indice du niveau de revenu du ménage

Indice inspiré d'une variable créée par Statistique Canada dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005. Il est établi à partir du revenu total du ménage, du nombre de personnes composant ce ménage et des seuils de faible revenu définis en fonction de la taille du ménage et de la communauté de résidence du répondant. Il se divise en cinq quintiles, allant des revenus les plus faibles (quintile 1) aux revenus les plus élevés (quintile 5). Dans les analyses présentées, l'indice comprend deux catégories, soit le quintile des personnes dont les revenus sont les plus faibles (quintile 1) et le regroupement du quintile 2 et des suivants.

Niveau de détresse psychologique

Mesure faite au moyen de l'échelle K6 élaborée par Kessler. Cette mesure est fondée sur six questions et établit à quelle fréquence, au cours du dernier mois, la personne s'est sentie nerveuse, désespérée, agitée, si déprimée que plus rien ne pouvait la faire sourire, a eu l'impression que tout lui demandait un effort ou, finalement, a eu le sentiment d'être bonne à rien. Les scores globaux, qui résultent de la somme des scores obtenus aux questions, varient de 0 à 24; plus la cote est élevée, plus la détresse psychologique est prononcée. Un score de 7 ou plus correspond à la valeur du quintile supérieur de l'échelle et indique que la personne se situe à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique. Les résultats ne doivent donc pas être interprétés comme des prévalences mais plutôt comme des valeurs à comparer avec la proportion correspondant au quintile supérieur[33].

Perception de l'état de santé (ou de sa santé)

Autoévaluation de son état de santé global. Les répondants sont préalablement informés que le terme « santé » englobe non seulement l'absence de maladie ou de blessure, mais aussi leur bien-être. Les résultats sont regroupés en deux catégories de santé (excellente, très bonne ou bonne; passable ou mauvaise). Ce regroupement permet d'établir la proportion de personnes qui ne s'estiment pas en bonne santé. L'intérêt de cet indicateur repose en partie sur l'association de ce dernier avec d'autres indicateurs de santé, tels que les problèmes de santé physique, la capacité fonctionnelle et les limitations d'activités, ainsi qu'avec des déterminants de la santé[34].

Perception de sa situation financière

Information tirée d'une question où les individus évaluent leur situation financière comparativement à celle des personnes de leur âge. Quatre catégories de réponse sont présentées aux personnes : à l'aise financièrement, revenus suffisants, pauvre ou très pauvre. L'information est dichotomisée en regroupant, d'une part, les deux premières catégories et, d'autre part, les deux dernières.

Satisfaction à l'égard de sa vie sociale

Information tirée d'une question où les individus évaluent leur satisfaction à l'égard de leur vie sociale en général, c'est-à-dire leurs relations avec les gens qui les entourent (parents, amis, connaissances). Les catégories « plutôt insatisfaisante » et « très insatisfaisante » ont été regroupées pour décrire la population insatisfaite de sa vie sociale; les catégories « très satisfaisante » et « plutôt satisfaisante » ont été combinées pour identifier les personnes satisfaites.

Statut de fumeur

Information provenant d'une question où les individus déclarent si, « actuellement », ils fument tous les jours, à l'occasion ou jamais. Le statut de fumeur est divisé en deux catégories : les fumeurs actuels, qui regroupent les fumeurs réguliers ou occasionnels, et les non-fumeurs.

Statut pondéral

Fait référence à l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC d'un individu est le rapport de son poids (en kilogrammes) sur sa taille (en mètres) élevée au carré. Les femmes enceintes sont exclues de la population considérée dans le calcul de l'indice. Les résultats sont regroupés en quatre catégories, soit : poids insuffisant (IMC < 18,5), poids normal (18,5 ≤ IMC < 25), embonpoint (25 ≤ IMC < 30) et obésité (IMC ≥ 30). Dans l'EQSP, il s'agit de données autodéclarées plutôt que mesurées[35].

---

32. Ces définitions proviennent du lexique fourni dans le rapport de l'EQSP 2008. Pour plus de détails, consulter : H. CAMIRAND, F. BERNÊCHE, L. CAZALE, R. DUFOUR, J. BAULNE et autres *op. cit.*

33. Par définition, la proportion de la population se situant dans le quintile supérieur est environ 20 %. Pour plus de détails, consulter : H. CAMIRAND, et G. LÉGARÉ, *op. cit.*

34. M. SHIELDS, et S. SHOOSHTARI, *op. cit.*

35. Il est reconnu que les données autodéclarées donnent lieu à une sous-estimation de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité. Pour plus de détails, consulter par exemple : N. AUDET (2007), « L'évolution de l'excès de poids chez les adultes québécois de 1990 à 2004 : mesures directes », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, juin, p. 1-5.; M. SHIELDS, S. CONNOR GORBER et M. S. TREMBLAY (2008), « Estimations de l'obésité fondées sur des mesures autodéclarées et sur des mesures directes », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 19, nº 2, juin, p. 1-17.

Parus en 2012 dans *Zoom santé*...

n° 36	Les comportements à risque pour la santé liés au tabac, à l'alcool, aux drogues et aux jeux de hasard et d'argent. Qui les adopte? Qui les combine?	Avril 2012
n° 35	Littératie en santé : compétences, groupes cibles et facteurs favorables Résultats québécois de l'*Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003*	Février 2012
n° 34	Vieillir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010 *Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*	Février 2012
n° 33	Les attentes des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux diffèrent-elles selon leur état de santé?	Janvier 2012

À propos de l'enquête

Le principal objectif de L'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP) est de dresser un portrait statistique de la santé de la population et de ses déterminants. L'enquête a été menée par l'Institut de la statistique du Québec et financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La population visée est composée de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus vivant au Québec dans un ménage privé. À l'aide d'une entrevue téléphonique, un questionnaire a été administré à plus de 38 000 personnes; la collecte s'est déroulée sur une période d'un an et couvrait 16 régions sociosanitaires du Québec, assurant ainsi une représentativité des données à l'échelle régionale. Notons qu'environ 8 350 personnes de 65 ans et plus ont participé à l'enquête. Diverses thématiques ont été abordées dans cette enquête dont la perception de l'état de santé, la santé et l'hygiène buccodentaire, le poids et la perception de son apparence physique, les blessures dues et non dues à des mouvements répétitifs, la satisfaction à l'égard de sa vie sociale, la détresse psychologique et le suicide.

Pour en savoir plus sur l'enquête, veuillez consulter le site Web suivant :
http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/enq_sante_pop_rapport.htm

Pour accéder aux fichiers de microdonnées de cette enquête, on peut s'adresser au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) à l'aide de son site Web (www.stat.gouv.qc.ca/sad/acces_microdonnees.htm) ou par téléphone (514 343-2299).

Ce bulletin est réalisé par la Direction des statistiques de santé en vertu du Programme de mise en valeur des données d'enquêtes de l'ISQ.

Ont collaboré à la réalisation : Nicole Descroisselles, révision linguistique
Claudette D'Anjou, mise en page
Direction des communications

Pour plus de renseignements : **Linda Cazale**
Direction des statistiques de santé
1200, avenue McGill College, 5e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8

Téléphone : 514 873-4749 (poste 6124)
Télécopieur : 514 864-9919
Courriel : contactsante@stat.gouv.qc.ca

La version PDF de ce bulletin est diffusée sur le site Web de l'Institut, à l'adresse suivante : **www.stat.gouv.qc.ca**

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2e trimestre 2012
ISSN 1911-5520 (version imprimée)
ISSN 1911-5539 (PDF)

© Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique du Québec, 2006

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm

Institut de la statistique Québec